

ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Žák

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Ročník:

Obor vzdělání: 78-42-M/06 - Kombinované lyceum

Žádám o přerušení studia žáka (viz výše) z těchto důvodů:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Bydliště (liší-li se od žákova):

PSČ:

Tel. spojení:

E-mail:

V dne

Podpis zákonného zástupce / zletilého žáka:

Souhlas nezletilého žáka:

Waldorfská škola České Budějovice – MŠ, ZŠ a SŠ o. p. s.

Sídlo střední školy:

Senovážné náměstí 231/7, 370 01 České Budějovice

IČ: 280 68 769

DIČ: CZ28068769

Č. ÚČTU: 216914557/0300

KANCELÁŘ LYCEA: 721 989 119

E-MAIL: kancelar.lyceum@waldorfcz.cz

www.waldorfcz.cz